CONSIDÉRATIONS

N° 198.

GÉNÉRALES

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES

DES MALADIES DU POUMON;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 juillet 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

Par René-Marie RAULT, de Saint-Brieux,

Département des Côtes-du-Nord,

Bachelier ès-lettres; Elève interne de l'hôpital Necker; ex-Chirurgien Aide-major; Elève de la première classe de l'école pratique; Membre émérite de la société d'instruction médicale.

Qui autem signorum cognitionem habuerit,
iis solus ritè ad curationem aggredietur.

Hipp., *de medico.*

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE,

ET

A MA GRAND'MÈRE.

Hommage de ma vive reconnaissance.

A MON PÈRE.

Témoignage de respect et d'amour filial.

A MONSIEUR **LAENNEC**,

Médecin de l'hôpital Necker; Membre de la société de l'École de médecine de Paris, etc., etc.

Témoignage de respect et de reconnaissance.

R. M. RAULT.

CONSIDÉRATIONS

GÉNÉRALES

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES

DES MALADIES DU POUMON.

Etablir le diagnostic d'une maladie, c'est en déterminer précisément le siège, la nature et le degré d'intensité. Pour parvenir à cette connaissance, il est absolument nécessaire que le médecin connaisse la situation, la structure et les fonctions de l'organe affecté : d'où il suit que l'étude de l'anatomie et de la physiologie sont de la plus grande importance pour le médecin praticien.

L'homme instruit dans ces deux sciences a bientôt saisi les phénomènes contre nature que présente une personne atteinte d'une affection quelconque. Ces phénomènes constituent les symptômes d'une maladie. Mais la liaison intime des organes de l'économie, leur influence réciproque, rendent ces phénomènes tellement multipliés et si disparates, qu'ils ne peuvent offrir au premier aspect que confusion et incertitude. Ce n'est qu'en les observant attentivement et long-temps qu'on parvient à saisir les différences qui les caractérisent, et des nuances qui les spécifient. Ainsi, par l'observation s'acquiert la connaissance des *signes* des maladies. Ceux qui font connaître l'état actuel du malade sont appelés *diagnostiques*.

La séméiologie est, sans contredit, la base de la médecine pratique; mais, pour qu'elle soit utile, il ne suffit pas qu'elle indique que tel organe est affecté; il faut encore qu'elle détermine de quelle manière il l'est. Ces résultats ne peuvent être obtenus qu'en joignant à l'observation l'étude de l'anatomie pathologique. « Qu'est l'observation, dit *Bichat*, si l'on ignore là où siége le mal? Vous auriez « pendant vingt ans pris du matin au soir des notes, au lit du « malade, sur les affections du cœur, du poumon, des viscères « gastriques, etc., que tout ne sera pour vous que confusion dans les « symptômes, qui, ne se ralliant à rien, vous offriront nécessairement « une suite de phénomènes incohérens. Ouvrez quelques cadavres, « et vous verrez aussitôt disparaître l'obscurité que jamais la seule « observation n'aurait pu dissiper. » (Anat. génér.)

Ce n'est en effet qu'à dater de l'époque où la médecine a pu s'éclairer par l'ouverture des corps que le diagnostic des maladies internes, et principalement des maladies chroniques, a pris quelque certitude. On ne saurait sans doute s'empêcher de payer un juste tribut de reconnaissance au vieillard de Cos et aux observateurs qui, comme lui, nous ont transmis l'histoire fidèle des maladies. Cependant il faut avouer que, privés du flambeau de l'anatomie pathologique, et ne pouvant, dans le plus grand nombre des cas, rattacher leurs observations à des faits bien constatés, ces grands hommes n'ont donné le plus souvent que des signes vagues et trop généraux.

Ce que nous venons de dire s'applique surtout aux affections des poumons. Il est peu de maladies dont les signes soient plus incertains, comme il est peu d'organes dont les sympathies soient plus multipliées.

La corrélation intime des organes de la respiration avec le cœur et le cerveau se manifeste chaque jour aux yeux du médecin observateur. « L'action de l'un de ces trois organes, a dit *Bichat*, après *Galien* et *Bordeu*, est essentiellement nécessaire à celle des deux autres. » La lésion, ou le trouble plus ou moins notable de l'une des

fonctions vitales, comme les appelaient les anciens physiologistes, apporte toujours un dérangement plus ou moins marqué dans les autres. Ainsi la respiration devient haute, stertoreuse, dans l'hydrocéphale, l'apoplexie et la plupart des affections cérébrales. Elle est courte, haletante, dans quelques palpitations de cœur, surtout chez les femmes hystériques. La dyspnée est un des signes les plus communs des maladies du cœur, quoique, dans un grand nombre de cas, le tissu pulmonaire soit très-sain. Les poumons n'influent pas moins sur l'état des fonctions des organes dont nous venons de parler. En effet, le délire accompagne souvent les inflammations du poumon. Je l'ai vu tellement violent chez un boucher atteint de pleuro-pneumonie terminée par gangrène, qu'on crut à une complication d'arachnoïdite. Il n'est pas rare de voir des pleurésies ou des pneumonies faire naître de violentes palpitations; les péripneumonies latentes développent souvent chez les enfans tous les signes d'une maladie du cœur, quoiqu'à l'ouverture du cadavre cet organe se présente dans son état naturel.

Les communications nerveuses et celluleuses de la poitrine et de l'abdomen, les mouvemens que le diaphragme imprime continuellement aux viscères contenus dans ces deux cavités, établissent entre les organes respiratoires et gastriques des rapports que l'observation démontre chaque jour au médecin praticien. Ainsi la diarrhée, des vomissemens répetés et souvent rebelles à tous les remèdes, accompagnent les phthisies pulmonaires sans qu'il existe aucune lésion apparente des organes digestifs.

Nous verrons plus bas que plusieurs affections du bas-ventre troublent plus ou moins les fonctions des poumons; et que cette liaison des organes gastriques et pulmonaires rend au moins très-douteux plusieurs des symptômes des maladies des organes de la respiration.

Si l'on joint à ces considérations les vices nombreux, naturels ou accidentels de conformation du thorax, la délicatesse du tissu des poumons, la continuité de leur action, les causes physiques et morales infiniment multipliées qui peuvent la gêner ou la déranger,

les causes plus nombreuses encore qui peuvent léser la sensibilité de ces organes, on aura une idée de l'obscurité et de la gravité des maladies qui les affectent. Cependant, plus qu'aucune autre, les maladies de poitrine sont du domaine de la médecine populaire : sans doute à cause de leur plus grande fréquence et de la funeste sécurité qu'inspire leurs apparences trompeuses de bénignité !. . . . . *Latet anguis in herbâ !*

Ce qui précède, relativement à la difficulté du diagnostic des maladies des poumons peut paraître exagéré, si l'on considère ces maladies dans un état très-aigu. Dans ce cas, en effet, les symptômes sont, assez souvent, aussi tranchés que l'indication est formelle. Mais je crois devoir observer que cet état des maladies des organes respiratoires n'est pas le plus commun; que le plus souvent la maladie, palliée ou méconnue au début, passe, pour ainsi dire, d'une manière insensible à un état chronique, qui rend inutiles toutes les ressources de l'art.

C'est à ces deux périodes, le début, et le moment où les symptômes d'acuité cessent ou diminuent, qu'il me paraît difficile de reconnaître et surtout de distinguer les maladies du poumon, ou de ses membranes. J'ai eu souvent occasion de me convaincre de cette vérité, surtout chez les enfans. En effet, un catarrhe pulmonaire aigu, une pneumonie commençante ou bornée à une partie du poumon, une pleurésie légère, s'annoncent souvent par des symptômes qui ne diffèrent que par des nuances presque imperceptibles. De même, un catarrhe pulmonaire chronique et une phthisie, une pleurésie chronique avec épanchement et une pneumonie latente, se confondent quelquefois par la plupart de leurs symptômes locaux et généraux.

L'examen des signes diagnostiques des maladies des poumons prouvera suffisamment ce que j'ai avancé. Dans l'analyse de ces signes, je chercherai à en apprécier la valeur, en déterminant leurs caractères propres.

Les auteurs de médecine, tant anciens que modernes, indiquent

comme symptômes constans d'une maladie des poumons, ou de ses membranes, la *douleur* dans le côté affecté, la difficulté plus ou moins grande de respirer, la *toux*, suivie d'une expectoration variable, suivant la nature, le siége et l'intensité de la maladie, enfin la fièvre.

On peut avancer sans crainte d'erreur que, de tous les signes des maladies des poumons il n'en est pas de plus douteux que ceux que nous venons d'énumérer en supposant, comme nous l'avons fait, que la maladie est peu intense, ou déjà très-ancienne.

En effet, la *douleur* est nulle dans la plupart des catarrhes pulmonaires, surtout lorsqu'ils sont chroniques, dans les phthisies, même très-avancées, dans la pleurésie chronique, les pneumonies latentes, et même dans les pneumonies aiguës, comme l'a très-bien observé *Celse : perineumonia plus periculi, quàm doloris habet.*

Aucun caractère ne distingue les douleurs produites par une altération organique des poumons. La douleur ne peut pas même être considérée comme un indice de ces altérations. Dans l'affection tuberculeuse du poumon, par exemple, il n'y a souvent aucune douleur; et quand elle existe, elle est en général moins fixe, plus sourde que dans la pleurésie et la péripneumonie, et elle se rapporte presque toujours vers la partie postérieure de la poitrine.

La douleur pleurétique est ordinairement fixée sur le côté; elle est peu étendue, et n'augmente point par le toucher, ce qui la distingue de celle qui accompagne la pleurodynie. Dans un catarrhe pulmonaire aigu, elle suit principalement le trajet de la trachée et des bronches, et elle occupe la partie moyenne du thorax.

Ces différences sont au reste très-variables, et peuvent être modifiées par une foule de causes.

La *dyspnée* est un signe aussi vague que peu constant des affections du poumon; elle se remarque dans les affections du cœur et des gros vaisseaux, sans que le tissu pulmonaire soit affecté. Elle a lieu dans l'angine de poitrine, et quelques autres affections nerveuses, telles que l'hystérie, l'hypochondrie, etc. Dans la plupart des fièvres essentielles, la respiration paraît souvent très-gênée, sans que les poumons

éprouvent le moindre obstacle physique à l'accomplissement de leurs fonctions. Il est alors d'autant plus nécessaire de s'assurer que cet état n'est qu'apparent, « qu'en général, comme l'observe *Bichat*, il est « beaucoup plus commun dans les diverses affections, soit aiguës, « soit chroniques, que la poitrine s'embarrasse, et que la mort arrive « par le poumon que par le cœur ou le cerveau. » (Rech. phys.)

L'inflammation du péritoine, une constipation opiniâtre, la rétention des urines en grande quantité, une douleur vive, des flatuosités, la déviation de la colonne vertébrale, la polysarcie, souvent même la seule vue du médecin, troublent les mouvemens respiratoires d'une manière notable. D'un autre côté, la dyspnée est nulle dans la plupart des catarrhes pulmonaires, dans quelques pneumonies latentes peu étendues, et même dans quelques pleurésies devenues chroniques.

Ce signe est donc trop vague pour fournir quelques données sur le siége, et à plus forte raison sur la nature des maladies des organes respiratoires.

La *toux* n'appartient pas exclusivement aux lésions des poumons ou de ses membranes : « *Tussis causæ non secùs ac læsæ respirationis; « aliæ quidem in pulmonibus sunt, aliæ extra pulmones. Harum « autem aliæ in thorace, aliæ extrà, et rursùs quæ extra thoracem « sunt, aliæ in capite, aliæ in collo, aliæ in ventre...* » (*Morg.* épist. 19, §. 53.)

Comme l'a très-bien observé *Morgagni*, la toux peut dépendre d'une angine ou d'une affection cérébrale. Elle n'est souvent que le symptôme d'une disposition particulière des viscères gastriques, de la présence des vers dans le tube intestinal, des affections du foie, de l'estomac, des reins ou de la vessie. « *Acriorem, pertinaciorem et « ad omnia rebelliorem tussim observavi nunquàm quàm in puerperâ « olim; attamen ejecto pudendis corpore, oblongo calloso, veluti in- « cantamento curatam.* (*Dehaen.* Rat. med.)

La toux qui dépend de l'angine laryngée se reconnaît aisément au timbre particulier de la voix. Mais il n'est pas toujours facile de savoir qu'elle dépend d'une lésion des viscères abdominaux. Cepen-

dant la toux *stomacale*, comme on l'appelle, est en général plus sèche, plus fréquente. Elle est moins sonore; elle constitue ce que l'on a nommé la *toux férine*.

Il est, je crois, impossible de déterminer dans la toux *pectorale* des caractères qui en assignent la cause.

Examen des crachats. Il est toujours assez facile de reconnaître si les matières rejetées par la toux proviennent de la poitrine ou de l'estomac. Mais il ne l'est pas autant de déterminer si les matières expectorées appartiennent à telle ou telle affection des poumons, au moins à une certaine époque de la maladie. En effet, soit que l'on considère les crachats sous le rapport de leur nature ou de leur quantité, l'observation démontre qu'il est le plus souvent impossible de distinguer ceux qui accompagnent un catarrhe pulmonaire aigu de ceux d'une pleurésie; ceux d'un catarrhe pulmonaire chronique de ceux d'une phthisie déjà avancée. Dans les deux premiers cas, ils sont peu abondans, et ordinairement muqueux.

Dans le catarrhe pulmonaire chronique, comme dans la phthisie, ils sont ordinairement abondans, jaunes et opaques. La fétidité, qu'on a regardée comme un caractère propre aux crachats des phthisiques, se remarque aussi quelquefois dans les crachats des catarrheux. Cet état d'ailleurs s'observe dans la gangrène des poumons et dans quelques pleurésies chroniques avec épanchement et communication de la cavité de la plèvre avec les bronches. (*Voy.* l'ouvrage de M. *Laënnec*). (1)

Je pourrais en dire autant de l'état purulent des crachats, si les expériences de *Grasmeylier*, *Swilgué* et quelques autres chimistes, n'avaient suffisamment prouvé qu'il est à peu près impossible de distinguer les mucosités puriformes d'avec le pus. Quoi qu'il en soit, on peut dire en général que les crachats pleurétiques sont *séreux*; ceux des personnes atteintes de catarrhes pulmonaires, *muqueux*; ceux des phthisiques, plus *opaques*, moins *cohérens* et plus *jaunes*; ceux des pneumoniques, très-*visqueux*, un peu *spumeux*, et *rouillés* à l'état

---

(1) De l'Auscultation médiate, 2 vol. in-8°. Paris, 1819.

aigu, grisâtres et demi-transparens à une époque plus avancée de la maladie.

Pouls. Je suis convaincu que l'état du pouls peut, dans quelques cas, suffire pour la détermination de plusieurs circonstances des maladies. Les belles recherches de *Solano* et de *Bordeu* ne laissent point de doute à cet égard. Il faut convenir cependant qu'à moins d'un tact aussi exquis et d'une habitude d'observation aussi grande que celle des deux médecins que je viens de citer, ce signe a rarement toute la valeur que lui attribuent la plupart des praticiens (*Voy.* Auscult. med.) Suivant *Stoll*, dans les pneumonies le pouls est ordinairement moins développé du côté affecté que du côté opposé. J'ai eu occasion de constater cette observation. Mais cette altération du pouls se remarque dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux, ou tient quelquefois à une disposition individuelle. Quant à sa force et à sa fréquence, elle ne peuvent servir à éclairer le diagnostic dans le grand nombre de cas où la maladie n'est accompagnée d'aucun mouvement fébrile. La fréquence jointe à la plénitude appartient à toutes les inflammations des organes parenchymateux. Assez généralement le pouls est rare dans les affections cérébrales, petit et serré dans les affections abdominales, mou et plein dans les maladies des organes respiratoires.

Percussion du thorax. Ce moyen d'exploration des organes de la respiration est, sans contredit, très-précieux. Cependant, si l'on considère le nombre des cas où il ne peut être employé, ceux ou ses résultats sont douteux, faux, ou de nulle valeur, on verra que le signe qu'il fournit est souvent encore très-défectueux. La douleur que produit la percussion chez les varioleux et dans toutes les affections éruptives, la rendrait impraticable, si la présence des boutons n'en détruisait l'effet. (*Corvisart.*) Quoique exercée très-doucement, les enfans ne peuvent le plus souvent la supporter sans jeter des cris qui empêchent d'en saisir parfaitement les résultats. Il est preque impossible d'évoquer le son du thorax chez les personnes dont les tégumens

sont fermes et chargés de graisse. L'état opposé, c'est-à-dire la flaccidité de la peau, de même que son infiltration, produisent le même effet.

Dans le commencement d'un engorgement péripneumonique, l'absence du son est toujours peu marquée, surtout à droite, où une différence même très-grande peut être produite par la présence du foie. La poitrine rend un son clair dans le catarrhe pulmonaire, la phthisie, le pneumo-thorax, l'emphysème du poumon, dans la pleurésie même, lorsqu'elle a donné lieu à un épanchement considérable, s'il y a complication de pneumo-thorax. Le son est mat, au contraire, dans quelques anévrismes considérables du cœur ou de l'aorte, dans les cas de rétrécissement de la poitrine, à la suite d'une pleuro-pneumonie, quoique le poumon soit perméable à l'air (Auscult. méd.). Que le poumon soit hépatisé, endurci par la matière tuberculeuse, comprimé par un épanchement de pus, de sérosité, ou seulement infiltré, le résultat est toujours le même, c'est-à-dire qu'il y a dans tous ces cas absence de son ; de sorte que la percussion ne peut suffire pour distinguer l'engorgement inflammatoire du poumon de son engorgement tuberculeux, l'empyème ou l'hydrothorax de l'œdème du poumon, affections bien différentes sous le rapport de leur nature et de leur traitement. Tout ce que l'on peut avancer de plus positif à cet égard, c'est que le son est toujours plus généralement mat dans les cas d'épanchemens dans le thorax que dans toute autre circonstance, et que son absence est circonscrite le plus souvent vers la partie supérieure du poumon, lorsqu'elle dépend de la présence de la matière tuberculeuse.

Je me suis plusieurs fois convaincu, au moyen du stéthoscope, que l'opinion des auteurs sur la manière de déterminer la quantité du liquide épanché dans la plèvre, et la hauteur ou le poumon devient perméable à l'air par la percussion, est tout-à-fait fausse. Elle consiste, dit-on, à observer le point du thorax où le son commence à reparaître, le malade étant assis ou debout, afin que le liquide puisse gagner la partie la plus déclive.

L'ouverture des cadavres des personnes mortes à la suite d'épanchemens thoraciques montre le poumon le plus souvent aplati le long de la colonne épinière, plus rarement refoulé en avant, quelquefois réduit à un très-petit volume vers la partie supérieure ou inférieure de la poitrine. Dans le premier cas, quel que soit l'endroit de la partie latérale de la poitrine où l'on applique le stéthoscope, la respiration ne s'y entend pas, ou presque pas, parce que le poumon ne peut s'y développer. Par la même raison le son y manque constamment, quoique assez souvent le liquide n'occupe que le tiers de la capacité de la plèvre. Au contraire, le son existe tout le long du cartilage des côtes et du rachis, lieux où la respiration s'entend plus ou moins bien, à cause de l'adhérence du poumon à ces parties. Dans le cas où le poumon est refoulé vers la partie antérieure, la poitrine résonne dans toute cette partie, quoique l'épanchement s'élève jusqu'à la quatrième côte. Je crois que la possibilité de faire varier les points sonores de la poitrine par les positions que l'on donne au malade ne peut exister que dans le cas où la maladie est compliquée de pneumo-thorax; et cela s'explique très-bien par la présence du fluide élastique à la surface du liquide déplacé. Mais on conçoit qu'alors on se tromperait beaucoup, si, comme on l'a fait, on en concluait que le poumon est perméable à l'air dans la partie sonore, puisque le gaz contribue lui-même à le comprimer.

Décubitus. La position que prennent les personnes atteintes de maladies du poumon est très-variable. Dans les catarrhes pulmonaires aigus ou chroniques, les malades se couchent indifféremment sur le côté ou sur le dos. Dans le catarrhe suffocant, ils sont tantôt assis, tantôt couchés sur l'un ou sur l'autre côté. Dans les pneumonies légères ou peu étendues, ils assurent que, s'ils se couchent de préférence sur un côté, c'est qu'ils en ont l'habitude, de sorte qu'on ne peut guère tenir compte de la position. J'ai remarqué que les pectoriloques aiment mieux se coucher sur le côté sain, lorsque l'excavation se remplit de crachats; et qu'ils se replacent sur le côté malade lorsqu'ils se sont débarrassés par une abondante expectoration.

Dans les cancers du foie, les malades restent presque toujours couchés sur le côté droit. On peut alors d'autant plus facilement se méprendre sur le siége de la maladie, que presque toujours la respiration est plus ou moins génée, et que l'infiltration qui survient rend le son du thorax assez mat. Il en est de même dans les anévrismes du cœur. Dans les pneumonies chroniques, ainsi que dans l'hydro-thorax et l'empyème, les malades se couchent le plus souvent sur le côté affecté. Cette position n'est cependant pas aussi constante que l'ont avancé plusieurs auteurs. *Morgagni* cite quelques observations contraires. J'ai moi-même vu deux malades atteints de pleurésie chronique avec épanchement qui se tenoient habituellement couchés sur le côté sain. En général, le *decubitus in latere sinistro* est un signe plus sûr d'une maladie des poumons ou de ses membranes, très-peu de personnes, ayant l'habitude de se coucher sur ce côté dans l'état de santé. L'exception est encore presque aussi commune que la règle.

Succussion du tronc. Proposée par *Hippocrate* comme moyen de reconnaître la présence d'un liquide dans la poitrine, cette méthode ne fut point négligée par les observateurs anciens. *Ambroise Paré* la mettait en pratique, et quelquefois avec succès. « On *congnoist*, dit-il, « *de quel costé est l'enfleure au mouvment du flot*, et il y a un son « comme d'une bouteille à demi-remplie. Il cite, à ce sujet, l'histoire « d'un certain Bénédict de la Vallée, atteint d'une pleurésie laquelle « suppura, et se fit une empyème..... Lorsqu'il se baissoit et remuoit, « on oyoit un bruit en son corps comme d'une bouteille demi- « pleine. » *Sylvius* a cité l'observation d'un jeune homme affecté d'une pleurésie chronique, chez lequel on entendait le bruit du liquide, par la succussion du tronc. Cependant les auteurs modernes qui ont parlé de cette méthode d'exploration paraissent y ajouter peu de foi, et ne citent d'ailleurs aucune observation propre à constater le fait après la mort. Ne faut-il pas attribuer cela à ce que, la mettant en pratique dans des cas d'empyème sans pneumo-thorax, leurs ten-

tatives ont dû toujours être infructueuses ? C'est à l'ingénieux auteur de l'Auscultation médiate que nous devons le moyen aussi sûr que facile de déterminer le cas où cette méthode peut être employée avec succès. Ce n'est qu'en consultant son ouvrage qu'on peut avoir sur ce moyen précieux d'exploration des détails aussi curieux qu'instructifs. (*Voy.* Ausc. méd.)

Mesure du thorax. Ce moyen pourrait fournir un signe avantageux, s'il était vrai que dans les épanchemens thoraciques, et même dans les pneumonies chroniques, le côté affecté acquiert toujours plus d'ampleur; mais le fait est loin d'être constant; il ne s'observe jamais dans les pneumonies, quel que soit leur degré d'ancienneté.

J'ai vu plusieurs cas d'épanchemens thoraciques dans lesquels cet accroissement n'avait point lieu. Dans un cas de cette nature, observé à l'hôpital Necker, le côté malade était plus petit que le côté sain, quoiqu'il y eût au moins deux pintes et demie de liquide puriforme dans la plèvre. Cette disposition, tenait, comme l'a observé M. *Laënnec*, à une pleuro-pneumonie dont le malade avait été précédemment guéri. D'ailleurs les vices nombreux de conformation du thorax, le passage quelquefois rapide de l'embonpoint à la maigreur, l'infiltration presque subite des tégumens, les mouvemens continuels et variables d'élévation et d'abaissement des côtes, la présence des mamelles chez les femmes, font qu'il est impossible de prendre une mesure juste, surtout lorsque, comme cela arrive ordinairement, la différence est peu sensible. Il ne faut pourtant pas négliger ce moyen; car toutes les fois que la dilatation d'un côté de la poitrine existe d'une manière notable, on peut être assuré qu'elle dépend d'un liquide, d'un gaz contenu dans la plèvre, ou du rétrécissement de l'autre côté, et jamais d'une pneumonie.

L'*abaissement du foie* par le liquide épanché est un signe beaucoup plus incertain; car, outre que le plus grand nombre d'épan-

chemens thoraciques ne détermine pas l'abaissement du foie, il n'est pas rare de voir ce viscère dépasser les fausses côtes, lorsqu'il est atteint d'une affection cancéreuse, et chez les femmes qui ont porté dès leur enfance des corsets très-serrés.

L'infiltration des tégumens est un signe aussi douteux que le précédent. Elle peut être essentielle; elle accompagne les pneumonies chroniques, la phthisie, les maladies du cœur, l'emphysème du poumon, etc.

L'augmentation de largeur des espaces intercostaux mérite plus d'attention ; mais, outre qu'elle est très-rare, il est toujours difficile de l'apprécier, à cause de l'infiltration qui se manifeste à cette époque de la maladie. Cette augmentation de largeur annonce toujours un épanchement dans le thorax.

Parmi les différens signes que nous venons d'examiner, les uns, que l'on peut appeler généraux, ne diffèrent souvent que par des nuances difficiles à saisir, et ne peuvent le plus souvent faire distinguer ni le siége, ni la nature, ni le degré d'intensité de la maladie ; les autres, que l'on peut nommer particuliers, ne trouvent leur application que dans quelques cas, sont très-souvent impraticables, et peuvent donner des résultats faux. Aucun ne peut assigner le début d'une maladie ; car, pour arriver à cette connaissance importante, il faudrait pouvoir déterminer l'état physiologique des organes respiratoires.

Le libre passage de l'air à travers les poumons paraît constituer cet état physiologique ; car des expériences nombreuses ont prouvé que, dans toutes les maladies de la plèvre, de la membrane muqueuse des bronches, et du parenchyme pulmonaire lui-même, le premier effet qui en résulte, est une gêne plus ou moins considérable de l'entrée et de la sortie de l'air. Or les signes que nous avons examinés jusqu'ici ne donnent aucune connaissance à cet égard.

Auscultation immédiate. Hippocrate a le premier proposé d'appliquer immédiatement l'oreille sur les parois de la poitrine, dans les

cas d'hydropisie. L'on doit alors, dit-il, entendre un bruit semblable à celui que produit le *vinaigre en ébullition*. (*Voy. Auscultat.* méd.)

Au premier abord, cette méthode d'exploration semble très-propre à fournir des connaissances certaines sur l'état des organes respiratoires ; cependant il n'a fallu qu'un petit nombre d'essais pour se convaincre que non-seulement elle n'est point praticable dans plusieurs circonstances, mais encore que ses résultats sont entièrement nuls. Ainsi l'oreille ne peut être appliquée immédiatement à la partie supérieure des côtés de la poitrine, à cause de la saillie que forment surtout chez les hommes les muscles grand pectoral et grand dorsal. La présence des mamelles chez les femmes présenterait pour la partie antérieure le même inconvénient, si d'ailleurs des raisons que l'on saisit facilement ne la rendaient impraticable. On conçoit aussi que le dégoût que doit inspirer une pareille manœuvre chez des personnes atteintes de maladie cutanées, ou dont la peau et les vêtemens sont sales, doit en restreindre singulièrement l'application. On objectera peut-être que l'on peut alors interposer un corps mince, tel qu'une feuille de papier. Dans ce cas, comme dans tous les autres, les mouvemens de la poitrine déterminant un frottement contre les parties voisines de la face et de la tête, rendent la sensation tellement confuse, qu'il est impossible de rien distinguer. Ainsi, en appliquant l'oreille de cette manière sur des points du thorax répondant à de vastes excavations du poumon remplies de crachats, et dans lesquelles on perçoit, au moyen du stéthoscope, un *gargouillement* très-marqué, on ne distingue qu'un bouillonnement confus dont il est impossible d'assigner le siége. La raison de cette confusion est qu'on entend en même temps le bruit de la respiration, celui du cœur, et le râle produit par le passage de l'air à travers les crachats.

Quoique cette méthode soit évidemment vicieuse, on n'en est pas moins frappé de l'ingénieuse idée d'*Hippocrate*, et on a lieu de s'étonner que les médecins qui ont étudié et médité les ouvrages de ce profond observateur n'aient pas cherché à tirer parti de sa méthode en modifiant son procédé.

Ausculation médiate. Plus heureux que ses devanciers, M. *Laënnec*, en inventant le stéthoscope, a atteint et même dépassé le but que s'était proposé le vieillard de Cos, puisqu'il a trouvé le moyen aussi sûr que facile de s'assurer que les poumons sont dans l'état naturel. En effet, l'instrument appliqué sur tous les points de la poitrine d'une personne saine et bien constituée fait entendre, dans les momens d'expiration et d'inspiration, un bruit que l'on ne peut mieux comparer qu'à celui d'un soufflet que l'on fait agir lentement. Le cylindre peut être placé sur tous les points du thorax. Son application n'est jamais douloureuse. Les enfans, lors même qu'ils sont affectés de quelque éruption cutanée douloureuse, tels que la variole, l'érysipèle, etc., la supportent sans se plaindre. On peut appliquer le stéthoscope par-dessus les vêtemens, sans nuire en aucune manière à ses résultats. Cette application médiate est même préférable chez les personnes maigres et chez les enfans, dont la respiration est en général plus bruyante. L'expérience a seulement appris que les vêtemens de laine ou de soie produisent un bruissement qui rend la sensation plus confuse. L'épaisseur des tégumens, soit qu'elle résulte de l'embonpoint ou de l'infiltration, ne s'oppose nullement aux effets du stéthoscope.

Ces avantages ne sont pas les seuls qui donnent à cette méthode d'exploration une grande supériorité sur toutes celles que nous avons précédemment examinées.

Le stéthoscope fournit sur les maladies des poumons des signes aussi invariables et aussi certains que les autres sont équivoques. Ainsi la nature et l'étendue du *râle muqueux* indique toujours le degré d'intensité d'un catarrhe pulmonaire; le *râle crépitant* dénote une inflammation du poumon; l'*égophonie* fait connaître un épanchement pleurétique peu considérable; la *pectoriloquie* évidente est le signe pathognomonique d'une excavation dans le poumon. L'absence de la respiration ne laisse aucun doute sur l'imperméabilité de l'organe. Le tintement métallique assure toujours qu'il y a épanchement dans la plèvre, et pneumo-thorax résultant d'une communication de la cavité de la plèvre avec les bronches.

La certitude des signes fournis par le cylindre, et la facilité de son application, lui assurent sans doute une grande supériorité sur tous les autres moyens d'exploration. Je suis loin cependant d'en conclure que les autres signes doivent être négligés. Car si, dans plusieurs circonstances, le stéthoscope suffit seul pour établir un diagnostic certain, il existe quelques cas où ses résultats seraient de peu de valeur, s'ils n'étaient confirmés par un ou plusieurs des signes que nous avons précédemment examinés. Ainsi le *râle muqueux* de certains catarrhes chroniques peut se confondre avec celui des cavités ulcéreuses à demi-pleines, ou *gargouillement*. Le *râle crépitant* de la péripneumonie se rencontre aussi dans l'œdème du poumon. La résonnance de la voix est assez forte dans le cas de dilatation des bronches, ou près l'origine de celles-ci, surtout chez les personnes à voix grave, pour faire croire à l'existence d'une pectoriloquie douteuse, et même évidente. L'égophonie peut être prise pour la pectoriloquie. La respiration est nulle dans un engorgement tuberculeux et dans le pneumo-thorax, comme dans l'empyème simple ou compliqué de pneumo-thorax.

La plupart des inconvéniens que nous venons de signaler ne sont cependant qu'apparens. Ainsi, avec un peu d'habitude on est bientôt parvenu à saisir des différences qui distinguent d'une manière bien tranchée le *gargouillement* d'avec le râle muqueux des catarrhes chroniques qui donnent lieu à une abondante sécrétion de mucosités. Le râle muqueux humide s'entend le plus souvent dans les deux poumons, et dans une étendue assez considérable. Il varie à chaque instant de force, de fréquence, devient par intervalles sibilant, sonore, change de place, et cesse quelquefois momentanément après une quinte de toux qui a déterminé l'expectoration. Le gargouillement, au contraire, est toujours circonscrit. Il est invariable de sa nature. Sa cessation annonce la vacuité de l'excavation, et dès-lors la pectoriloquie devient évidente.

Le râle crépitant de la pneumonie ne diffère point de celui de

l'œdème du poumon. Dans les deux cas, la percussion donne un son mat, et le malade peut se coucher de préférence sur le côté affecté. L'identité des signes ne prouve nullement, comme on pourrait le penser d'abord, au désavantage du stéthoscope; car il n'est pas peu important, dans un cas où le diagnostic est aussi obscur, de savoir que le signe fourni par l'instrument ne peut se rapporter qu'à deux affections, la pneumonie et l'œdème du poumon. En rapprochant alors les signes généraux des deux affections, on parvient assez facilement à reconnaître la nature de la maladie, comme l'a prouvé mon collègue et ami M. *Baume*, dans une excellente dissertation sur l'*hydro-pneumonie*. (Paris, 1819.)

La résonnance de la voix dans les cas de dilatation des bronches à la suite de catarrhes chroniques ne peut en imposer qu'à un homme peu exercé. Car cette résonnance diffère de la vraie pectoriloquie en ce que celle-ci est toujours bornée à un ou deux points du poumon, tandis que celle-là a lieu dans tous les points, et d'une manière d'autant plus marquée, qu'on applique l'instrument plus près de l'origine des bronches, endroits où la pectoriloquie existe rarement, les ulcérations du poumon étant beaucoup plus souvent placées vers son sommet que vers sa racine. La voix, dans ce cas, ne passe pas par le tube du cylindre; elle frémit seulement plus fortement. En joignant à ces considérations les signes tirés de l'habitude extérieure, des crachats, etc., on parvient facilement à distinguer les affections catarrhales chroniques de la phthisie pulmonaire, ce qui, comme on le pense, n'est pas peu utile pour le traitement.

Un homme âgé de trente-cinq ans entra à l'hôpital Necker dans le mois de septembre 1818. Il rejetait chaque jour, depuis plusieurs mois, presque une pinte de crachats jaunes, opaques et puriformes. L'état général du malade semblait d'ailleurs annoncer une lésion organique du poumon, Convaincu, après l'examen fait par le cylindre, qu'il n'existait qu'un catarrhee pulmonaire chronique, je prescrivis le baume de Copahu à fortes doses. L'expecto-

ration diminua d'une manière sensible. Au bout de quelque temps, le malade, qui n'avait jamais fait usage de tabac, s'avisa d'en mâcher. Après huit jours de l'usage de ce masticatoire, l'expectoration avait presque totalement cessé. L'appétit reparut, le malade prit de l'embonpoint, et sortit de l'hôpital avec tous les signes d'une santé parfaite.

Quoique les caractères particuliers que M. *Laënnec* a assignés au phénomène qu'il décrit sous le nom d'*égophonie* soient assez tranchés pour ne pas permettre à une personne exercée de le confondre avec la pectoriloquie, il existe néanmoins quelques cas où l'on est obligé, pour éclairer le diagnostic, de joindre aux résultats de l'auscultation médiate l'examen des signes dont nous avons parlé : tels seraient, par exemple, les cas où l'égophonie serait peu marquée, où elle existerait avec la pectoriloquie, ou seulement chez un sujet faible et ayant les apparences extérieures d'un phthisique. Dans tous les cas, lorsqu'il y a épanchement dans la plèvre, la voix prend un caractère particulier et tout-à-fait remarquable; elle ressemble à celle d'une personne qui parle dans le tube d'une trompette. D'après cela, peut-être, pourrait-on désigner le phénomène par le mot de *salpyngophonie* (σαλπιγξ, φωνη).

La difficulté paraît beaucoup plus grande lorsqu'il s'agit de distinguer une hépatisation complète du poumon d'avec un épanchement séreux ou purulent considérable, un pneumo-thorax simple d'avec un empyème compliqué de pneumo-thorax. Dans les deux premiers cas, la percussion donne un son mat, le malade peut se coucher sur le côté affecté; la respiration ne s'entend pas au moyen du stéthoscope; les signes généraux peuvent ne pas différer d'une manière sensible. Le signe qui peut alors lever la difficulté est la dilatation du côté affecté, qui ne peut avoir lieu, comme nous l'avons dit, dans la pneumonie. Si l'on joint à cela la présence de la respiration vers le lieu où le poumon est le plus souvent refoulé, c'est-à-dire le long de la colonne vertébrale et du sternum, on pourra être assuré de la présence de l'épanchement. L'ancienneté de la

maladie contribue encore à fortifier cette opinion ; car il est bien peu d'observations, s'il en existe, qui montrent qu'on puisse vivre quelque temps avec un poumon entièrement hépatisé, tandis qu'il en est une foule qui prouvent qu'on peut exister plusieurs mois avec un é anchement considérable dans un des côtes de la poitrine. Si on avait examiné le malade dès le début de la maladie, l'existence antérieure de l'égophonie suffirait seule pour fixer le diagnostic.

Comme dans l'empyème ou l'hydrothorax, la dilatation de la poitrine peut se joindre à l'absence totale de la respiration dans un pneumo-thorax, de même que dans un empyème avec pneumo-thorax. Mais alors la poitrine rend un son beaucoup plus clair que du côté opposé, où la respiration s'entend bien, et même plus fortement que dans l'état naturel. Pour lever toutes les difficultés, et distinguer le pneumo-thorax d'un empyème avec pneumo-thorax, il faut alors suivre le précepte du père de la médecine. *Ægrum, inquit*, *humeris « apprehensum concutito, et deindè in utro latere magis fluctuet au-« dito et quâ parte strepitum perceperis ea secato.* » (Hipp., *de morb. int.*)

Ce dernier précepte est peut-être de nos jours trop négligé. Les accidens qui suivent l'opération de l'empyème dépendent plus du retard que l'on met à la pratiquer que de l'opération elle-même. Aujourd'hui qu'on peut parvenir à connaître d'une manière certaine l'existence des épanchemens dans le thorax, on aura sans doute plus souvent recours à cette opération, qui compte d'ailleurs un assez grand nombre de succès. *Bianchi* (Hist. hep.), *Senac* (Trait. de la struct. du cœur.), *Duverney* (Mém. de l'ac. des scienc., an. 1703), *Willis* (*de hyd. pect.*), citent des exemples de guérison à la suite de l'opération de l'empyème. *Morand* (Mém. de l'ac. de chir. t. 2) pratiqua la ponction du thorax chez un ecclésiastique âgé de vingt-deux ans, et donna issue à cinq pintes de liquide. Sept jours après, les accidens ayant reparu, il retira cinq pintes d'eau « mêlée sur

« la fin d'une plus grande quantité de pus que la première fois. Le « malade guérit au bout du huitième mois.

« Serait-elle donc dangereuse cette opération? s'écrie ce chirur- » gien célèbre. Point du tout, c'est qu'on ne la pratique pas. Dans « les hôpitaux même, où l'on nous soupçonne assez légèrement d'avoir « plus de courage pour les grandes entreprises et moins d'égard pour « les malades, on ne fait point cette opération; et je suis convaincu « qu'il meurt quantité de gens dont un grand nombre aurait été « soulagé et plusieurs guéris par ce secours employé à propos. »

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* Almeloven).

I.

Hyeme verò, pleuritides ; peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum et laterum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

II.

Ubi in febre non intermittente difficultas spirandi et delirium fit, lethale. *Sect.* 4, *aph.* 50.

III.

In acutis affectionibus quæ cum febre sunt, luctuosæ respirationes malæ. *Sect.* 6, *aph.* 54.

IV.

Raucedines et gravedines in valdè senibus non coquuntur. *Sect.* 2, *aph.* 40.

V.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

VI.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.